



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2013

Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen: eine Kommentierung

Hämmerli, Katja ; Wyssen, Andrea ; Dremmel, Daniela ; Milos, Gabriella ; Isenschmid, Bettina ; Trier, Stephan N ; Munsch, Simone

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-84242>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Hämmerli, Katja; Wyssen, Andrea; Dremmel, Daniela; Milos, Gabriella; Isenschmid, Bettina; Trier, Stephan N; Munsch, Simone (2013). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen: eine Kommentierung. Swiss Medical Forum, 13(43):868-872.

Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen: eine Kommentierung

Katja Hämmerli^a, Andrea Wyssen^a, Daniela Dremmel^a, Gabriella Milos^b, Bettina Isenschmid^c, Stephan N. Trier^d, Simone Munsch^a


Quintessenz

- Essstörungen sind schwere psychische Störungen und treten mit Prävalenzen von 1–3,5% auf. Auch subklinische Formen beeinträchtigen die psychische Gesundheit.
- Prävention, Früherkennung und Frühbehandlung von Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung haben wegen der schwerwiegenden Folgen und der starken Chronifizierungstendenz eine hohe Bedeutung.
- Evidenzbasierte Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Essstörungen fördern eine frühe Diagnosestellung und die Zuweisung zu wirksamer Behandlung.
- Die im Jahr 2011 in Deutschland erschienenen evidenzbasierten wissenschaftlichen Leitlinien sind grösstenteils auf die Situation in der Schweiz übertragbar.

Gestörtes Essverhalten gehört zu den häufigsten Gesundheitsproblemen in westlichen Ländern. Subklinisch gestörtes Essverhalten tritt bei Kindern und Jugendlichen immer häufiger auf und kann die psychosoziale Entwicklung massgeblich beeinflussen [1–3]. Demgegenüber ist die Inzidenzrate der Essstörungen (ES) stabil [4]. Die Lebenszeitprävalenz von Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) und Binge-Eating-Störung (BES) liegt in der Schweiz laut einer aktuellen, repräsentativen Querschnittstudie bei 3,5% [5]. Junge Frauen sind von AN und BN häufiger betroffen als Männer [5, 6]. Nebst schwerwiegenden psychischen und körperlichen Folgeerscheinungen sowie hohen Rückfallraten sind die Folgekosten von ES hoch [7].


ES sind multifaktoriell bedingt und auf ein Zusammenwirken von biologischen, sozialen und psychologischen Vulnerabilitätsfaktoren zurückzuführen [8]. Trotz der unterschiedlichen Phänotypen sind Entstehung und Verlauf der ES durch überlappende psychopathogene Faktoren gekennzeichnet (transdiagnostisches Erklärungsmodell) [9]. Ätiologische Kernmerkmale sind dysfunktionale Kognitionen bezüglich des Körpers, der Figur und des Gewichts. Aktuelle Störungsmodelle verdeutlichen die Wechselwirkung des negativen Körperbilds mit negativem Affekt und pathologischem Essverhalten [10, 11].

Die Aufrechterhaltung der ES wird über zwei ätiologische Pfade hergeleitet. Der eine bezieht sich auf dysfunktionale Verarbeitungsmechanismen von essens- und körperbezogenen Inhalten. Bei Personen mit ES können bereits der Anblick von Nahrung und das Vorstellen der Nah-

rungsaufnahme zu dysfunktionalen Gedanken in Bezug auf den eigenen Körper führen und eine negative Stimmung bzw. gestörtes Essverhalten auslösen [12, 13]. Der zweite Pfad besteht in der beeinträchtigten Fähigkeit zur Wahrnehmung und Regulation von Emotionen (Abb. 1 ) [14, 15].

Evidenzbasierte Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von ES streben einen verbesserten Zugang zur wirksamsten Behandlung an (Kasten). Entsprechende Leitlinien wurden vom britischen *National Institute of Clinical Health* (NICE, 2004) und von der *American Psychiatric Association* (APA, 2006) erarbeitet [16, 17]. Das Expertennetzwerk Essstörungen Schweiz (ENES) folgte 2006 mit Behandlungsempfehlungen [18]. Im Jahr 2011 wurden erstmals deutschsprachige Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der ES von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlicht [19].

Diagnostik bei Verdacht

Das Vorliegen einer ES sollte anhand der Kriterien eines operationalisierten Klassifikationssystems geprüft werden (ICD-10 oder DSM-IV-TR resp. DSM-V) [20, 21]. Hierzu liegen strukturierte essstörungsspezifische Interviews vor, die auch zur Verlaufsdagnostik eingesetzt werden können, zum Beispiel *Eating Disorder Examination* (EDE) [22, 23], SIAB-EX für anorektische und bulimische Essstörungen [24] und verschiedene Fragebögen wie *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q) [25]. Um möglichst alle Formen von ES zu erfassen, wurden die Kriterien in der fünften Ausgabe des DSM (www.dsm5.org) gelockert (Tab. 1 ) [26].

Die medizinische Diagnostik bei Verdacht auf eine ES beinhaltet im Minimum das Festhalten von Körpergrösse und -gewicht, Blutdruck und Puls. Ernsthafte medizinische Komplikationen werden durch folgende Merkmale angezeigt: Elektrolytentgleisung, Niereninsuffizienz, Schädigung von Leber oder Pankreas sowie Eiweiss-, Albumin- und Phosphatmangel [4]. Neben den genannten körperlichen Auffälligkeiten, die auf eine Malnutrition



Katja Hämmerli

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

^a Universität Fribourg, Departement für Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fribourg

^b UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich

^c KEA Spital Zofingen AG, Psychiatrie und Psychotherapie, Zofingen

^d Privatklinik Aadorf, Aadorf

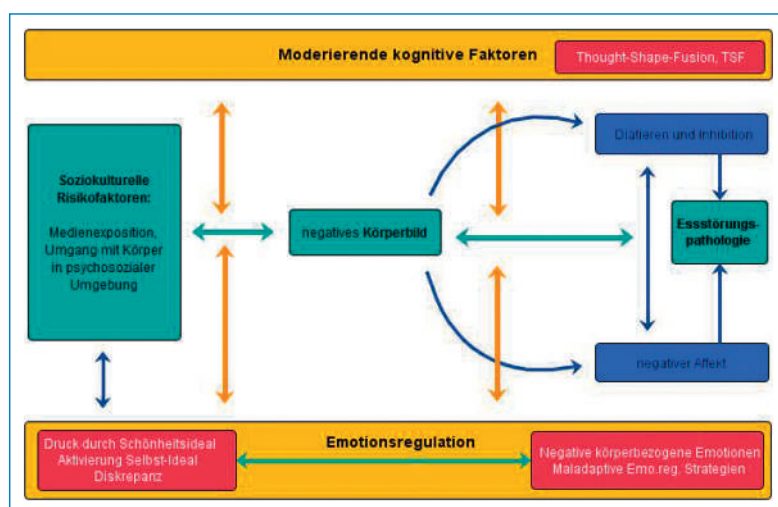


Abbildung 1

Zweipfadmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen (adaptiert nach [11, 13]).

Leitlinien und evidenzbasierte Medizin

Wissenschaftliche Leitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen wissenschaftlichen und klinischen Erkenntnisstand wiedergeben und Behandlungspersonen und ihre Patienten bei der Entscheidungsfindung für eine angemessene Versorgung in spezifischen klinischen Situationen (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) unterstützen. Leitlinien tragen zur Verbesserung der Versorgungsergebnisse bei, minimieren Risiken, erhöhen die Therapiesicherheit und Wirtschaftlichkeit und reduzieren das Risiko für inadäquate Diagnose- und Behandlungsmethoden. Leitlinien werden in Deutschland nach den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) als S1-, S2- oder S3-Leitlinien klassifiziert, wobei S3 dem höchsten Evidenzgrad und der höchsten Qualitätsstufe entspricht. Evidenzbasierte Leitlinien (S2- und S3-Leitlinien) sind mit der evidenzbasierten Medizin (EbM) verknüpft. EbM steht für gewissenhaften, ausdrücklichen und vernünftigen Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Erkenntnisse. Bei den Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der Essstörungen handelt es sich um S3-Leitlinien.

hinweisen, sind weitere wichtige Hinweise zur Früherkennung einer ES die ausgeprägte Beschäftigung mit Gedanken zu Figur, Gewicht und Nahrungsaufnahme, eine hohe Bedeutung des Körperbilds für das Selbstwertgefühl sowie stark restriktives oder unstrukturiertes Essverhalten und markante Massnahmen zur Gewichtskontrolle. Auf diese Merkmale sollte im allgemeinärztlichen Setting besonderes Augenmerk gelegt werden. Zur Risikogruppe gehören primär junge Frauen (unter- oder normalgewichtig mit starken Gewichtssorgen) und Frauen mit Zyklusstörungen und gastrointestinalen Symptomen [4].

Anorexia nervosa

Das charakteristische Symptom der AN ist das Untergewicht, das bis zur vitalen Gefährdung führen kann. Dieses wird durch restriktives Essverhalten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen, Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika sowie übertriebene körperliche Aktivität herbeigeführt. Als Diagnosekriterium gilt ein Body Mass Index (BMI) von $17,5 \text{ kg/m}^2$ oder weniger. Ab einem BMI von $<15 \text{ kg/m}^2$ liegt eine deutliche Gefährdung und Indikation zur stationären Behandlung vor, ab einem BMI von $<12 \text{ kg/m}^2$ ein sehr hohes somatisches Risiko [27, 28]. Trotz des teilweise massiven Untergewichts besteht eine ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme. Die Essstörungspathologie umfasst weiter das Ruminieren um Figur, Gewicht und Essverhalten. Infolge der Malnutrition kommt es zu einer Dysfunktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse (u.a. Ausbleiben der Menstruation). Durch die Unterernährung und durch Erbrechen oder den Gebrauch von Abführmitteln können schwerwiegende körperliche Folgeschäden auftreten, unter anderem in Form von Herzrhythmusstörungen, Kaliummangel, beeinträchtigter Nierenfunktion, Osteoporose sowie erhöhter Infektionsanfälligkeit [4, 27]. Betreffend Aufrechterhaltung der AN ist häufiges Diätieren zur Affektregulation charakteristisch. Ein geringer Selbstwert, der für die wahrgenommene Diskrepanz des eigenen Körperbilds mit dem Schönheitsideal prädisponiert, ist zudem ein wesentliches Merkmal [29]. Im Sinne eines Teufelskreises wird zudem das bizarre Essverhalten durch die Folgeerscheinungen der Malnutrition aufrechterhalten.

Langzeitstudien zeigen, dass 5–6 Jahre nach Behandlungsende weniger als die Hälfte der behandelten und unbehandelten Betroffenen in Remission sind. Ca. 30% zeigen eine Besserung und 20% eine Chronifizierung [30]. Die Sterblichkeitsrate (erhöhte Suizidrate!) bei AN ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung drei- bis zehnfach erhöht [31, 32]. Dies gilt insbesondere für Patientinnen mit einem BMI <13 . Die Mortalitätsrate wird unter anderem durch die Dauer und Intensität der Essstörung sowie die psychische und physische Komorbidität beeinflusst [33, 34]. Häufig liegen komorbide Depressionen, Angststörungen und zwanghafte Persönlichkeitsstörungen vor [35, 36]. Als positive Verlaufsprädiktoren gelten ein geringes Chronifizierungsausmass und die Stabilität der Eltern-Kind-Beziehung [37].

Bulimia nervosa

Kernsymptome der BN sind regelmässige Essanfälle, die mit subjektivem Kontrollverlust und gegenregulatorischem Verhalten einhergehen. Die Gegenregulation beinhaltet Erbrechen, Diätieren, Fasten, Vermeiden von hochkalorischer Nahrung, Missbrauch von Abführmitteln oder exzessive sportliche Aktivität. Ähnlich wie bei der AN beinhaltet die Essstörungspathologie ein ständiges Gedankenkreisen um Essen, Figur und Gewicht. Der BMI bei einer BN ist häufig normal.

Die Orientierung an unrealistischen Vorstellungen bezüglich Gewicht und Figur, ein geringes Selbstwertgefühl

Tabelle 1

Neuerungen zu Essstörungen in DSM-V [26].

Anorexia nervosa	Verzicht auf Formulierungen, die absichtliches Verhalten implizieren: «Einschränkung der Nahrungsaufnahme» statt «Weigerung, ein normales Körpergewicht zu halten»; «Nichterkennen» statt «Leugnen des Schweregrads». Starke Angst vor Gewichtszunahme und/oder mit Gewichtszunahme interferierendes Verhalten. Verzicht auf das Kriterium der Amenorrhoe. Beurteilung des Subtypus (restriktiv oder bulimisch) für eine Zeitspanne von drei Monaten
Bulimie	Frequenz von Essanfällen: neu 1 anstelle von bisher 2 pro Woche (über einen Zeitraum von 6 Monaten). Keine Subtypisierung in Purging- und Nicht-Purging-Typus
Binge-Eating-Störung	Neu als klinische Störung aufgenommen. Frequenz von Essanfällen: neu 1 anstelle von bisher 2 pro Woche (über einen Zeitraum von 3 statt 6 Monaten)
Nicht näher bezeichnete Essstörungen	Störungsbilder werden benannt (z.B. Purging Disorder oder Night-Eating-Syndrom)

sowie erhöhte Impulsivität sind mit der Aufrechterhaltung bulimischen Essverhaltens assoziiert [29, 38]. Dabei dient das dysfunktionale Essverhalten häufig der kurzfristigen Regulation aversiver affektiver Zustände [39]. Zusätzlich kann die mögliche Mangelernährung die Entstehung von Heissshungergefühlen und Essanfällen begünstigen. Somatische Folgen der BN umfassen Läsionen der Zähne bzw. des Ösophagus durch die Einwirkung der Magensäure, Verdauungsbeschwerden, Müdigkeit, Hautveränderungen und Elektrolytstörungen [27].

Insgesamt sind nach einer kognitiv-behavioralen Behandlung ca. die Hälfte der Betroffenen kurz- und langfristig symptomfrei und bis zu 75% deutlich gebessert [38]. Studien mit unbehandelten Betroffenen aus der Allgemeinbevölkerung zeigen, dass nach fünf Jahren noch 50–66% unter persistierenden bulimischen Symptomen leiden [40]. Der Übergang von einer BN zu einer AN kommt in 5,7% der Fälle vor [41].

Prognostisch ungünstig sind komorbide psychische Störungen sowie erhöhte Impulsivität und anamnestischer Substanzmissbrauch [42]. Ein geringer Schweregrad der BN-Symptomatik, eine weniger ausgeprägte Depressivität zu Behandlungsbeginn und ein rasches Ansprechen auf die Behandlung sind Prädiktoren eines günstigen Verlaufs [40]. Affektive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Komorbiditäten der BN und treten bei zwei Dritteln der Patienten auf. Ebenfalls häufig kommen Angststörungen und Substanzmittelabhängigkeit vor [43].

Binge-Eating-Störung

Die BES ist gekennzeichnet durch subjektiv unkontrollierbare Essanfälle, ohne dass regelmässige gegenregulatorische Verhaltensweisen durchgeführt werden. Die BES ist in den meisten Fällen mit Übergewicht oder Adipositas assoziiert. Es besteht eine Tendenz zum Verzehr hochkalorischer Nahrungsmittel [4]. Alternativ zu den Essanfällen kann auch eine kontinuierliche, über den Tag verteilte Nahrungsaufnahme (grazing, nibbling) beobachtet werden [29]. Von allen ES hat die BES die

höchste Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung. 20–40% der Patienten, die wegen ihres Übergewichts eine Behandlung aufsuchen, leiden unter BES. Die BES ist bei Frauen und Männern etwa gleich häufig [44, 45].

Die Entstehung der BES basiert auf dem Zusammenwirken einer beeinträchtigten Affekt- und Impulsregulationsfähigkeit, einer erhöhten Belohnungssensitivität für Nahrungsmittel, einem familiären ungünstigen Umgang mit Figur, Nahrung und Gewicht sowie dem Vorliegen von Übergewicht bzw. Adipositas in der Kindheit [40, 46].

Die BES verläuft chronisch fluktuierend und geht selten in eine AN oder BN über [47]. Mit einer retrospektiv erfassten Zeitspanne von insgesamt 14,4 Jahren ist die Dauer der BES höher als jene der AN oder BN [47, 48]. Ohne Behandlung führt die BES zur kontinuierlichen Gewichtszunahme. Zudem leidet ca. die Hälfte der Betroffenen mit BES unter affektiven Störungen und Angststörungen [46, 49]. Weiter kommen Substanzabhängigkeits- und Persönlichkeitsstörungen vom Borderlinetypus vor [50].

Behandlung der Essstörungen

Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien existieren für die Störungsbilder AN, BN und BES. Für die Behandlung subklinischer Formen dieser Störungsbilder oder nicht näher bezeichneter Essstörungen (EDNOS) gilt eine Anlehnung an die Behandlungskriterien des Vollbilds.

Als übergreifendes Ziel der Therapie gilt die deutliche Reduktion der Essstörungen- und allgemeinen Psychopathologie und der medizinischen Risiken bzw. die Behandlung der somatischen Folgeerscheinungen. Gemeinsame Voraussetzung für alle therapeutischen Interventionen ist der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Grundsätzlich sind ambulante Massnahmen einer stationären Behandlung vorzuziehen. Stationäre Behandlung ist dann indiziert, wenn eine massive Gefährdung vorliegt, eine ambulante Behandlung sich als unzureichend herausgestellt hat oder das soziale bzw. familiäre Umfeld eine erfolgreiche Behandlung behindert. Angehörige sollen – in Abhängigkeit vom Alter der Betroffenen und des Gefährdungsgrads – in die Behandlung einbezogen werden. Bei Kindern ist ein Einbezug der Familie grundsätzlich empfohlen.

Belege weisen darauf hin, dass die Behandlung der AN geringe Effekte, die Behandlung der BN und BES mittlere bis gute Effekte hat. Zur langfristigen Wirksamkeit liegen nur wenige Ergebnisse vor [4, 37, 51, 52]. Auch nach erfolgreicher Behandlung sind jedoch eine beeinträchtigte Stimmung, erhöhte Ängstlichkeit bei BN und BES bzw. Hinweise auf ungünstige Strategien zum Umgang mit negativen Affekten bei AN vorhanden [39, 53, 54]. Zur Besserung der somatischen Folgeerscheinungen ist eine Gewichtsrestitution notwendig. Voraussetzung dafür ist eine normokalorische Ernährung [55].

Therapie der Anorexia nervosa

Bei der AN steht die Wiederherstellung und Stabilisierung des Körpergewichts (Empfehlung BMI 18,5 kg/m²) und die Normalisierung des Essverhaltens im Vordergrund.

Die Behandlung in einem somatischen Spital ist nur als Ultima Ratio zu werten und sollte dann in Zusammenarbeit mit Psychologen, Psychiatern oder Psychosomatikern durchgeführt werden, wobei auf eine Kontinuität der Psychotherapie zu achten ist. Anzustreben ist die multimodale, multidisziplinäre Behandlung in Behandlungszentren, die speziell auf essgestörte Patienten ausgerichtet sind; dort können auch schwerkranke Patienten psychotherapeutisch sowie bei Bedarf somatisch behandelt werden. Die Psychotherapie ist die Therapie der Wahl, wobei bei unterschiedlichen Therapieverfahren keine Unterschiede bezüglich der Wirksamkeit bestehen. Für die Wirksamkeit der Psychopharmakotherapie bei AN liegt keine Evidenz vor. Antidepressiva können zur Behandlung komorbider depressiver Störungen eingesetzt werden, haben jedoch hinsichtlich der Essstörungspathologie keinen Effekt.

Tabelle 2

Auf Essstörungen spezialisierte Institutionen und Fachverbände (ambulant und stationär).

Institutionen

Zentrum für Psychotherapie, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Fribourg, www.unifr.ch/psychotherapie

Privatklinik Aadorf, www.klinik-aadorf.ch

Universitätsspital, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Essstörungen, Zürich
www.psychiatrie.usz.ch/ZentrumfuerEssstoerungen

Spital Zofingen, Kompetenzzentrum für Essverhalten, Adipositas und Psyche, www.spitalzofingen.ch/kea

Klinik Wysshölzli, Herzogenbuchsee, www.wysshoelzli.ch

Triemlispital, Zürich, www.triemli.ch

Zentrum für Systemische Therapie und Beratung, Bern, www.zsb-bern.ch

CHUV, Service de Psychiatrie de Liaison, Centre vaudois anorexie boulimie, Lausanne, www.chuv.ch

Centro disturbi del comportamento alimentare, Ospedale Regionale di Mendrisio, www.eoc.ch

Klinik Sonnenhalde, Riehen, www.sonnenhalde.ch

Psychiatrie Baselland, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Liestal, www.pbl.ch

UPK Basel, Psychotherapeutische Tagesklinik/Spezialambulanz für Essstörungen (SPESS), Basel, www.upkbs.ch

Fachverbände

Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen AES, www.aes.ch

Prävention Essstörungen Praxisnah (PEP), www.pepinfo.ch

Experten Netzwerk Essstörungen (ENES), www.netzwerk-essstoerungen.ch

Schweizerischer Fachverband Adipositas im Kindes- und Jugendalter, www.akj-ch.ch/fachpersonen/grundlagen-wissen.html

Behandlungsrichtlinien

Behandlungsrichtlinien Adipositas im Kindes- und Jugendalter, www.akj-ch.ch/fachpersonen/grundlagen-wissen.html

Behandlungsrichtlinien ENES, www.netzwerk-essstoerungen.ch/pdf/BEH_Fassung_2006.pdf

Therapie der Bulimie


Bei der BN bestehen die Behandlungsziele in der Normalisierung des Essverhaltens und der Bewältigung interpersonaler Konflikte, die eine wichtige aufrechterhaltende Funktion haben. Behandlung erster Wahl ist die ambulante Psychotherapie, wobei sich die deutlichsten Wirksamkeitsnachweise für die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zeigen, gefolgt von der Interpersonellen Psychotherapie (IPT). Die Therapiedauer sollte mindestens ein halbes Jahr betragen. Angeleitete verhaltenstherapeutisch basierte Selbsthilfegruppen sind für Patientinnen mit isolierten Störungsbildern und geringerem Schweregrad wirksam. Bei schweren Fällen der BN, kombiniert mit anderen psychischen Störungen, die sich ambulant bei evidenzbasierter Behandlung als therapieresistent erweisen, ist eine stationäre Behandlung indiziert. Im Gegensatz zur AN hat sich bei der BN – ausschliesslich in Ergänzung zur Psychotherapie – die psychopharmakologische Behandlung mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI, z.B. Fluoxetin 60 mg/d) als wirksam erwiesen, wobei die Drop-out-Rate mit durchschnittlich 34% hoch ist [4, 57]. Während bei einer medikamentösen Behandlung kurzfristige Effekte (z.B. Minderung der Frequenz der Essanfälle) nachweisbar sind, zeigt sich bei der KVT sowohl kurz- als auch langfristig eine Symptomreduktion [57].

Therapie der Binge-Eating-Störung

Die Behandlung der BES setzt an bei der Reduktion der Essanfälle, einer ausgewogenen und regelmässigen Ernährung und der Bearbeitung der dysfunktionalen Emotions- und Impulsregulation. Eine erfolgreiche Behandlung der BES ist lediglich mit einer Gewichtsstabilisierung und nicht mit einer Gewichtsreduktion assoziiert, was bei den Betroffenen häufig zu Motivationsproblemen führt [58, 59]. Eine Gewichtsreduktion sollte der Behandlung der BES nachgeschaltet werden. Als Behandlung der Wahl für die BES gilt die Psychotherapie, wobei die KVT bislang über die breitesten Wirksamkeitsbelege verfügt. Auch angeleitete, manualisierte Selbsthilfeprogramme mit KVT-Elementen sind wirksam. Für die medikamentöse Behandlung der BES, zum Beispiel mit SSRI, gibt es bisher moderate kurzfristige Wirksamkeitsbelege (ausschliesslich Off-label-Use) [60].

Anwendbarkeit der Leitlinien und Diskussion der Umsetzung in der Schweiz

Die in Deutschland entwickelten Leitlinien sollen den Zugang zu wirksamer Behandlung und die Etablierung von Qualitätsstandards innerhalb von Versorgungsstrukturen fördern. Auch wenn evidenzbasierte Leitlinien gebündeltes empirisches und anwendungsbezogenes Wissen repräsentieren, gelingt der Transfer in die klinische Praxis nur dann, wenn die individuelle Situation des Patienten berücksichtigt wird. Die Übertragbarkeit der evidenzbasierten wissenschaftlichen Leitlinien auf die Versorgungssituation in der Schweiz scheint theoretisch gegeben. Die gesundheitspolitische Situation der Schweiz unterscheidet sich jedoch von den Bedingungen in Deutschland. Ein wichtiger Unterschied besteht darin,

dass in der Schweiz psychologische Psychotherapeuten nur auf ärztliche Delegation via Grundversicherung finanzierbar sind. Dies benachteiligt ökonomisch schwächere Betroffene mit einer Essstörung und schränkt die Zahl der auf ES spezialisierten Fachpersonen ein, die auf der Basis der Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (KVG, Art. 32) evidenzbasierte Behandlung anbieten können. Weiter sind in der Schweiz nur wenige ambulante und stationäre Institutionen auf die Behandlung von Patienten mit ES spezialisiert (Tab. 2 ). Dies ist bedenkenswert, da eine Behandlung der Betroffenen in nichtspezialisierten Institutionen wenig erfolgsversprechend ist.

Insbesondere bei der AN ist häufig von einer Spitalbedürftigkeit über mehrere Monate auszugehen, da das Erreichen des Zielgewichts (BMI 18,5) und die folgende Stabilisierungsphase für den Verlauf der AN prognostisch bedeutsam sind [61]. In diesem Zusammenhang ist auch die eingeschränkte Möglichkeit zur Leistungsabrechnung konsiliarisch tätiger psychiatrischer und psychologischer Fachpersonen bei ES-Patienten (in somatischen Spitälern) auf der Basis von Fallpauschalen (DRG) kritisch zu diskutieren, da dadurch bei begrenzter Verfügbarkeit spezialisierter Institutionen eine zusätzliche Limitierung in der interdisziplinären und fachgerechten Behandlung der ES eingeführt wird.

Insgesamt ist zu fordern, dass Ausbildung und Training in Diagnostik und wirksamer Behandlung gefördert werden. Im Bereich Früherkennung sind in der Schweiz verschiedene Organisationen aktiv, zum Beispiel die Fachstelle «Prävention Essstörungen Praxisnah» (PEP) und das «Experten Netzwerk Essstörungen» (ENES). Eine stärkere Vernetzung wissenschaftlich und praktisch tätiger Fachpersonen könnte die Relevanz und das Ergebnis präventiver Bemühungen fördern. Die in Deutschland im Jahr 2011 publizierten und in diesem Artikel kommentierten Leitlinien sind im Internet frei zugänglich (www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-026.html) und auch in Papierform erhältlich [4].

Korrespondenz:

Prof. Dr. Simone Munsch
Universität Fribourg
Departement für Psychologie
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Rue de Faucigny 2
CH-1700 Fribourg
[simone.munsch\[at\]unifr.ch](mailto:simone.munsch[at]unifr.ch)

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.